

L'esperienza degli studenti in Infermieristica al primo contatto con il corpo dei malati: una ricerca qualitativa

Lorenza Garrino¹, Najat Bissati¹, Isabella Brandino¹, Alessio Conti¹

¹ Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino, Italia - autore per corrispondenza: lorenza.garrino@unito.it

RIASSUNTO

La professione infermieristica ed i gesti di cura richiedono una continua interazione con il corpo dell'assistito. La ricerca evidenzia da parte degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica difficoltà e disagio nel toccare il corpo dell'assistito principalmente per la paura di invadere la sua privacy e la sua intimità, specie se il paziente che si assiste è di sesso opposto a quello del tirocinante. Un secondo motivo è consapevolezza degli studenti, specialmente nel primo anno di corso, della propria mancanza di conoscenze e capacità da cui origina la paura di nuocere.

Parole-chiave. Formazione Medica Continua, Medicina Generale, Antibiotico-Resistenza, Farmaci antibatterici, epidemiologia

ABSTRACT

The nursing profession requires continuous interactions with the body of the persons who are being assisted: every act of care determines an intimate contact with their bodies and the operator's one as well. This study aims to explore the experiences of nursing students in relation to their first contact with the patient's body, in particular about students' reflection on the emotions as well as the sensations that the patient's body evoked, on the importance or the unimportance about the touch and the communicative dimension. The research is a qualitative study based on a phenomenological approach. Data were collected through semi-structured interviews. For the results analysis it has been used Giorgi's approach. Nursing students' experience points out certain difficulties and discomforts in touching the body of assisted people, mainly for two reasons. First, it is the fear of invading their privacy and intimacy, especially if the patients who were assisted belonged to the opposite sex of the students; the second one is the self-awareness of students, especially during the first year, about

their lack of skills and knowledge from which originates the fear of harm. Nursing students' experience points out the difficulties and discomforts in touching the body of the assisted patients. The results invite to reinforce the awareness of the "power" that trainings have with respect to body care and consequently that body care has in relationship care.

Keywords. Body, Nursing students, Intimacy, Touching

INTRODUZIONE

La professione infermieristica richiede una continua interazione con il corpo dell'assistito: un corpo ferito, a volte deformato, sofferente. La cura del corpo è al centro della relazione infermiere-persona assistita (Marchetti et al. 2015, 2016). Ogni gesto di cura determina un contatto intimo con il corpo e questo espone sia la persona assistita che l'infermiere ad un impatto sensoriale ed emozionale intenso. (Gray 2010) Il corpo dell'assistito non è un semplice "oggetto" sul quale mettere in atto pratiche assistenziali, terapeutiche e riabilitative, ma è il "soggetto" delle cure: una persona che porta con sé nelle corsie degli ospedali e nei luoghi di cura, il suo bagaglio di aspettative, il suo vissuto, le sue paure e le sue speranze. (Zannini 2004; Touzet 2007; Mencattelli et al. 2012) Quando si parla di corporeità occorre considerare quell'insieme di valori, di credenze e di concezioni che la persona ha sul proprio corpo e sul proprio aspetto fisico. L'approccio al corpo secondo la visione fenomenologica si sviluppa attraverso alcune tappe

fondamentali: il corpo "visto dall'interno": il corpo vissuto in prima persona, il corpo come possibilità d'espressione, il corpo quale "veicolo dell'essere al mondo": il corpo come possibilità di relazione intersoggettiva. *Sono* un corpo, *ho* un corpo rappresenta l'ambiguità costruttiva della corporeità: l'esperienza del *corpo che sono* è quella di un corpo vissuto dal soggetto, indica il modo in cui una persona si percepisce, valorizza i propri punti di forza e critica i propri difetti, e prende consapevolezza di se stesso come vero soggetto cosciente il mondo. La rappresentazione del *corpo che ho* fa invece riferimento al corpo così come viene oggettivato, cioè razionalizzato, pensato, descritto, raccontato nei diversi contesti culturali, compreso quello delle scienze biomediche. Il corpo si dà quindi in un rapporto contraddittorio tra l'ordine organico dell'anatomia e quello della relazione con il mondo. Nel pensiero di Merleau-Ponty (1972, 2003) ritroviamo il rifiuto della concezione del corpo come semplice oggetto. Il filosofo sostiene che

“se è vero che io ho coscienza del mio corpo attraverso il mondo, se è vero che esso è, al centro del mondo, e anche vero, per la stessa ragione, che il mio corpo è il perno del mondo, e in questo senso ho coscienza del mondo per mezzo del mio corpo”.

L'attuale riflessione antropologica sul tema del corpo si fonda sul concetto di “incorporazione” che è il presupposto dell'esistenza umana, vale a dire, stare al mondo abitandolo con il proprio corpo. Secondo Umberto Galimberti (2005), *“L'oggetto nasce quando, con gli organi del mio corpo, lo vedo lo tocco lo ispeziono, per cui il corpo non è oggetto, ma ciò grazie a cui vi sono degli oggetti. Quando tocco un oggetto lo sento attraverso l'esplorazione del mio corpo, quando tocco il mio corpo mi sento esplorante ed esplorato”.* Pizza (2005) afferma che *“La riflessione contemporanea dell'antropologia sul tema del corpo si fonda sulla nozione di “incorporazione”. L'incorporazione è la condizione esistenziale dell'uomo: stare al mondo abitandolo con il proprio corpo e abituandosi ad esso. La nozione di “incorporazione”, quindi, definisce le modalità attraverso le quali gli esseri umani vivono l'esperienza del corpo nel mondo e ne producono la rappresentazione”.* L'analisi delle forme d'incorporazione spinge infatti a guardare in una ottica molto diversa da quella biomedica e psicologica alle nozioni di corpo, salute e

malattia, benessere e malessere, piacere e dolore, gioia e sofferenza. Il corpo è il tramite, più immediato ed evidente, con il quale si entra in relazione con l'altro poiché è l'oggetto che prima di noi, parla di noi. In questo modo il corpo può attirare o respingere, incuriosire o passare inosservato, imporsi o negarsi, omologarsi o rendersi dissonante rispetto a un contesto, anche per il tramite degli oggetti culturali che sceglie d'indossare. In questo senso al corpo viene affidato, più o meno consapevolmente, il compito di farsi ambasciatore del sé. I *piercing*, i tatuaggi, l'abbigliamento, i gioielli, l'acconciatura dei capelli e ancora la prossemica e la gestualità sono tutti elementi attraverso cui il corpo rappresenta il contenitore del mondo interno dell'individuo, si esprime, si pone e comunica un messaggio. Il corpo talvolta può rappresentare lo specchio delle manifestazioni psichiche vissute dal soggetto: vi si possono infatti leggere anche segni derivanti da una sofferenza psicologica quali ad esempio la presenza di automutilazioni oppure gli esiti sugli arti, dell'utilizzo di stupefacenti o ancora le conseguenze di disturbi alimentari quali l'anorexia e la bulimia. (Adou & Le Bohec 2007) Se confrontato con la parola, il linguaggio corporeo possiede una maggiore oggettività, perché meno controllato e più spontaneo, ma richiede una lettura più attenta dell'ambito culturale e sociale in cui i gesti

sono prodotti e impiegati, infatti, la gestualità risponde a un apparato di significati convenzionali condivisi da un gruppo di persone, che può essere differente rispetto a un altro. (Fantauzzi 2014; Giorda 2015) L'insorgere della malattia comporta profonde modificazioni nella relazione con il proprio corpo, che diventa spesso una fonte di dolore e di problemi, vissuto diversamente rispetto alla "silenziosità" della salute. (Iavarone 2011) Nella malattia il corpo sembra farsi "cosa", perché diventa un "fardello" da portarsi dietro, diventa "qualcosa" che non appartiene più alla persona, in quanto sembra essersi trasformato improvvisamente nello strumento stesso che infligge la sofferenza. Il corpo malato non è autosufficiente: ha bisogno di un altro per ristabilirsi, a volte per sopravvivere. È nel corpo malato allora che si fa esperienza di umiltà, di dipendenza, ma soprattutto di relazione. Esso infatti chiede attenzione, disponibilità e rimanda sempre, ad un rapporto con altri corpi. Il corpo come illustrato fin ora, è l'oggetto principale delle cure di molti professionisti della salute, quali infermieri, medici, fisioterapisti, educatori, operatori sociosanitari, ed è il luogo in cui si materializza e trova espressione la malattia. Per chi si occupa di cura l'esperienza quotidiana con il corpo rappresenta l'occasione per attivare una relazione di vicinanza con gli assistiti. L'atteggiamento verso il corpo

della persona malata, da parte del *caregiver*, dei familiari, degli operatori, può influenzare il modo in cui il corpo del malato viene sentito e vissuto. Una mano prudente e rispettosa, che sa modulare, attraverso il tocco, diversi gradi di empatia, conferma alla persona che si ha cura di lei. Ostaseski (2006) Gli assistiti percepiscono in modo diverso l'esperienza del *touch*: le variabili che la influenzano sono l'infermiere, compreso anche il sesso: se uomo o donna, la sua attitudine, la sua esperienza, ma anche il contesto. Alcuni invece, non vogliono essere toccati, al di là delle capacità dell'operatore. Dunque, l'ambiente, la cultura di appartenenza, l'atmosfera lavorativa percepita come molto frenetica, ma anche le condizioni in cui il *touch* avviene, possono essere ostacolanti. Alla luce di ciò si può quindi affermare che la relazione tra persona assistita e infermiere è forse prima di tutto una relazione di corpi, il corpo del primo mette fortemente in gioco anche il corpo del secondo e richiama il tema dell'intimità che emerge in molte situazioni assistenziali; si pensi ad esempio ad attività, quali l'igiene, compiute dall'infermiere sul corpo della persona assistita. (Montagna 2004) Il senso del corpo si intreccia con la fenomenologia della cura e delle pratiche di cura e rimanda ad un particolare luogo: quello dell'intimità. (Gregorino 2013) L'entrata nello spazio intimo dell'altro avviene quando la distanza

tra due persone è inferiore a 46 cm: entrare e uscirvi è di norma una scelta reciproca. Per instaurare una relazione di cura è perciò necessario trovare la giusta distanza per entrare in contatto con la persona assistita. (Palese 2004) Lo studio qualitativo O'Lynn et al. indaga le preferenze dei pazienti su come gli infermieri dovrebbero eseguire procedure assistenziali che coinvolgono il tatto, soprattutto il tocco intimo, ha offerto interessanti spunti di riflessione ed alcune raccomandazioni sull'approccio e il contatto con il corpo del paziente. L'importanza che gli infermieri danno al corpo dell'assistito e le difficoltà nel stabilire e mantenere il rapporto con esso viene indagato in letteratura. Se da un lato gli infermieri riconoscono la centralità del corpo nella professione infermieristica, dall'altro esprimono una certa ambiguità nei confronti dello stesso. Migliorare il benessere di un paziente attraverso un'attenta cura del corpo è fonte di soddisfazione lavorativa, ma la stessa relazione con quel corpo è parimenti la fonte di reazioni di rifiuto e di strategie difensive. (Picco et al. 2010) Alcuni studiosi si soffermano sul concetto di attenzione corporea, su quando e come avvicinarsi o sottrarsi al corpo dell'altro e sulla sensibilità e capacità di accoglienza che richiede. L'attenzione ai messaggi trasmessi più o meno consapevolmente anche attraverso i gesti, può consentire agli operatori sanitari maggiore

consapevolezza, aprendo così uno spazio di riflessione circa il proprio modo di agire la cura. (Masera e Poli 2007).

Nella letteratura in merito alla tematica della corporeità nel rapporto studente ed assistito vengono indagate le emozioni e le sensazioni, positive e negative, provate dagli studenti durante il loro tirocinio clinico e il loro entrare in contatto con il corpo dell'assistito. (Gargano et al. 2002; Sharif & Masoumi 2005).

Uno studio indaga i fattori che influenzano l'uso dei guanti in studenti infermieri e analizza le decisioni degli studenti infermieri in merito all'utilizzo dei guanti, il cui abuso sembrerebbe privare i pazienti del tocco terapeutico e dei suoi benefici. Dallo studio emerge che i guanti vengono utilizzati dagli studenti anche come barriera sessuale nel momento in cui entrano in contatto intimo con il corpo dell'assistito. (Ratcliffe & Smith 2014).

L'obiettivo della ricerca è quello di indagare le esperienze e i vissuti degli studenti riguardanti il loro primo contatto vissuto con il corpo della persona assistita durante il tirocinio. In particolar modo si propone di esplorare le emozioni e le sensazioni che il corpo del malato ha evocato in loro nelle esperienze di tirocinio ed il modo in cui il modo di vivere e percepire il proprio corpo possa influenzare la relazione con la persona assistita.

Inoltre, il fine ultimo è stato soprattutto quello di indurre lo studente ad un momento di autoriflessione in modo da consentirgli di comprendere quali conoscenze ed abilità ha maturato durante gli stage del suo percorso accademico, e quali invece sono tuttora i suoi limiti o gli aspetti ancora da migliorare nel rapporto con il corpo dell'assistito. Tutto ciò in vista di una crescita e maturazione non solo professionale, ma anche da un punto di vista personale.

MATERIALI E METODI

La ricerca è di tipo qualitativo basata su un approccio fenomenologico. Questo approccio deriva dalle scienze filosofiche ed è in continua espansione e diffusione: la fenomenologia si è dimostrata molto utile nelle scienze infermieristiche poiché studia fenomeni umani, così come si presentano all'esperienza quotidiana, attraverso la raccolta di approfondite descrizioni delle esperienze in modo da comprenderne i significati. Il ricercatore qualitativo, quindi, rivolge l'attenzione alla realtà umana, impegnandosi a presentare i punti di vista dei soggetti della ricerca: egli è un co-partecipante nella scoperta e nella compressione dei fenomeni studiati e deve essere il più possibile privo di preconetti rispetto tali argomenti, in modo da influenzare al minimo i risultati.

Partecipanti

Lo studio è basato sul coinvolgimento degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica del 3° anno. E' importante ricordare che tutti gli studenti che hanno aderito alla ricerca hanno iniziato ad approfondire la tematica della corporeità e del rapporto con il corpo dell'assistito prima dell'esperienza di tirocinio, attraverso due attività proposte dal Corso di Laurea di Torino. Il laboratorio di "Relazione d'aiuto" è un percorso che accompagna lo studente lungo tutto il triennio e prevede la discussione, in piccoli gruppi e guidata da uno psicologo, di diverse tematiche quali ad esempio la relazione e l'approccio con l'assistito, oppure le difficoltà e i timori che possono insorgere nello studente in seguito al contatto con l'alterità del corpo, la sofferenza e la morte altrui. La seconda iniziativa è il laboratorio "Corpo a corpo", finalizzato a far comprendere allo studente di Infermieristica del primo anno le sensazioni e le reazioni che si possono provare nel toccare e nell'essere toccati ed a guidarlo nello sviluppare le sue capacità per poter affrontare nel modo più spontaneo possibile il momento del contatto con il corpo dell'assistito.

Gli studenti coinvolti sono stati informati circa lo scopo dello studio; la partecipazione è stata volontaria ed è stato garantito l'anonimato, per evitare una depersonalizzazione non è stato assegnato loro un

numero di identificazione, ma sono stati invitati a scegliere un pseudonimo che sarebbe stato utilizzato al momento dell'analisi dei dati e della presentazione dei dati.

Procedure

La raccolta dei dati è stata condotta presso la sede del CdL in Infermieristica dell'Università di Torino, sede A.O.U Città della Salute e della Scienza, presso l'Istituto Romsini. Tutte le interviste semi-strutturate si sono svolte in una stanza isolata e tranquilla. Ci si è avvalsi di una intervista semi-strutturata, formulata a partire dalla letteratura, al fine di stimolare il dialogo e l'immaginario dello studente in modo tale da potergli richiamare alla mente l'esperienza vissuta nei reparti, in merito alla tematica della corporeità. Le interviste sono state registrate e hanno una durata media di 20 minuti. La traccia dell'intervista è composta da tre parti. Nella prima parte si è domandato allo studente di rievocare il momento del primo contatto con il corpo del malato, le emozioni e le sensazioni provate e di riferire quale invece pensano possano essere state a loro volta, quelle provate dalla persona assistita. La seconda indaga gli elementi ed oggetti che possono entrare all'interno di una dimensione comunicativa. Infine, nella terza ed ultima parte è stato chiesto agli studenti di racchiudere sia in un titolo che

attraverso una metafora o un'immagine mentale, ciò che è la loro personale idea di corpo, in correlazione alla prima e il dopo di un episodio vissuto ritenuto particolarmente significativo, raccontato nel corso dell'intervista (Box 1).

Analisi dei dati

Le interviste registrate sono state ascoltate attentamente più volte e trascritte integralmente, in seguito il contenuto di ognuna è stato riassunto sotto forma di breve racconto in cui lo studente di Infermieristica rievoca il momento del primo contatto con il corpo del paziente. I dati estrapolati sono stati analizzati secondo il metodo fenomenologico per riuscire così ad identificare le categorie di significati ed i temi principali inerenti al focus della ricerca. Per l'analisi dei risultati è stato dunque utilizzato il metodo di Giorgi, riportato nella Tabella 1.

Considerazioni etiche

È stato garantito, su base fiduciaria, l'anonimato in fase di presentazione e discussione dei risultati. Nelle interviste i nominativi dei partecipanti sono stati modificati. Il Comitato didattico del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino ha dato il consenso rispetto al disegno della ricerca ed ai materiali e metodi.

Box 1 - Traccia dell'intervista.

Ritorna al primo momento che hai avuto un contatto con il corpo del paziente e raccontalo.

1. Quali elementi presenti nel racconto e nella situazione sono significativi rispetto all'idea di corpo e perché li ritieni tali.
 2. Quali sono le sensazioni e quali emozioni pensi abbia avuto il paziente al tuo toccare e quali sensazioni hai percepito in te
 3. Quale significato pensi abbia fornito il paziente a questo contatto e quale significato ha rivestito per te
 4. Riesaminando il tuo racconto, quali elementi, dimensioni, oggetti pensi siano in relazione ad una dimensione comunicativa e perché: cosa si stava comunicando
 5. Se dovessi immaginare l'idea di corpo che avevi prima di avere il contatto con il paziente cosa immaginare? E dopo questo episodio che immagine faresti?
 6. Che titolo forniresti all'episodio rispetto all'azione dei corpi, tuoi e del paziente
-

Tabella 1. Il metodo di Giorgi.

-
1. Leggere l'intera descrizione dell'esperienza vissuta con l'obiettivo di ottenere un senso del tutto
 2. Rileggere le descrizioni per scoprire le essenze dell'esperienza vissuta. Osservare ogni qualvolta avviene una transazione nel significato. Rendere astratte queste unità di significato o temi
 3. Esaminare le unità di significato per la ridondanza, chiarimenti o elaborazioni. Mettere in relazione le unità di significato l'una con l'altra e con il senso del tutto
 4. Riflettere sulle unità di significato ed estrapolare l'essenza dell'esperienza per ogni partecipante. Trasformare ogni unità di significato in linguaggio scientifico
 5. Formulare una descrizione consistente delle strutture dei significati dell'esperienza vissuta per tutti i partecipanti
-

RISULTATI

Sono stati intervistati 19 studenti del terzo anno di cui il 70% di sesso femminile e il 30% di sesso maschile, con età compresa tra i 20 e i 30 anni. Le interviste hanno

avuto una durata media di 20 minuti. Dal confronto delle interviste emergono 18 categorie di significati, raggruppate in 6 temi che vengono presentati nella tabella 2.

1) Paura e imbarazzo

Gli studenti nel riportare la loro esperienza hanno sottolineato il legame esistente tra il concetto di corpo e quello di sessualità e sulle difficoltà che possono affiorare nel momento in cui il corpo giovane di uno studente si relaziona con quello di una persona adulta o anziana, specialmente nei momenti in cui si ha un contatto diretto

con le parti intime di quest'ultima, che necessita di cure igieniche o altre pratiche assistenziali infermieristiche.

"Il mio primo contatto con il corpo della persona assistita è avvenuto durante il mio primo tirocinio nel reparto di geriatria, con un paziente di sesso maschile, un uomo anziano, dipendente per alcune attività di vita quotidiana e che si mobilizzava in carrozzina. Il paziente vedendomi penso abbia avuto la percezione di una persona giovane e poco esperta e penso abbia provato un po' d'imbarazzo" (Francesca)

"[...] All'inizio c'è un po' d'imbarazzo perché ti rendi conto che stai entrando nell'intimità di una persona che non conosci e non ti conosce... essendo magari anche anziana, la differenza d'età notevole può mettere in imbarazzo sia te che l'assistito, soprattutto se di sesso opposto al tuo. Credo che una donna preferisca il contatto con lo stesso sesso, soprattutto in quegli anziani che percepiscono maggiormente il senso di pudore, quasi si vergognano e ti chiedono anche scusa di essersi sporcati o di dover aver bisogno del tuo aiuto nel momento del cambio e dell'igiene" (Valeria).

Il rimanere in silenzio e lo sguardo abbassato spesso rappresentano le manifestazioni esteriori della vergogna della persona assistita. Gli intervistati affermano che è sempre difficile entrare nello spazio dell'altro senza alcun timore, anche tra persone sane.

"Durante il tirocinio, il mio primo contatto con il corpo è avvenuto con quello maschile, è stato difficile rapportarsi per la prima volta con il sesso diverso. Eravamo quattro ragazze giovani dovevamo entrare a fare l'igiene a questo signore, allora ho scelto di andare io per prima, dicendo a me stessa che così avrei potuto superare la paura e l'imbarazzo di entrare in contatto con uomo che aveva l'età di mio padre. [...] Ogni volta che sono entrata in contatto con il corpo dell'assistito devo dire che ho avuto la sensazione di vedere il corpo non come un corpo nudo o come si può intendere fuori dall'ospedale (si insomma... con un indirizzo diverso rispetto a quello che è!) perché la dimensione che assume il corpo in ospedale è puramente di contatto curativo e non un contatto sessuale... questo signore di 45 anni vide che ero giovane e che avevo la stessa età di sua figlia (così mi riferì in seguito) per lui fu più difficile farsi vedere nudo da una ragazza giovane come me. Diciamo che la paura iniziale e l'imbarazzo sono scomparsi appena ho cominciato ad acquisire più pratica lavorativa, non c'era e non c'è mai stata, neanche nelle altre successive esperienze, alcuna malizia nel toccare il corpo altrui" (Martina).

"Sono quasi sicura che l'imbarazzo e la tensione non mi abbiano fatto eseguire correttamente quella mia prima tecnica infermieristica, ma davvero toccare un corpo estraneo così intimamente mi ha messo una pressione molto elevata, e mi ha fatto sentire di

troppo in quella stanza... io mi immedesimavo in quel paziente... e ho pensato che mai vorrei che qualcuno che non conosco venisse a lavarmi..." (Anna).

2) La deformazione patologica del corpo

La seconda tematica che emerge dalle interviste degli studenti e la difficoltà nell'approccio al corpo alterato o deformato dalla malattia: si pensi ad esempio alla presenza di lesioni da decubito o vascolari, di stomie, di presidi quali cannule tracheotomie, cateteri venosi centrali, catetere vescicale, sondino nasogastrico o gastrostomia percutanea endoscopica (PEG), o ancora la presenza di cute marcatamente itterica e nei pazienti oncologici anche l'alopecia e la cachessia.

"Il mio primo contatto con il corpo del paziente è stato in Stroke-Unit alle Molinette che è un reparto dedicato alle malattie cerebrovascolari, specializzato nella gestione dei pazienti con ictus, con un paziente portatore di tracheostomia colpito dall'ennesimo ictus [...] Diciamo in sostanza che non potevo comunicare con lui in nessun modo, poiché il paziente era paralizzato ed afono. L'unico mezzo espressivo e comunicativo erano gli occhi e lo sguardo" (Alessandro).

"Sinceramente ero un po' spaventato dalle sue condizioni fisiche perché era un portatore di PEG, e stomia" (Fulvio).

Gli intervistati hanno riferito che al primo incontro, il corpo e l'aspetto fisico in generale

ci permette di ottenere alcune informazioni sulla persona che abbiamo davanti, talvolta una delle principali circostanze umane in cui si percepisce forte l'idea di alterazione della corporeità avviene proprio attraverso l'esperienza della malattia.

"Sono entrato nel panico e ho avuto timore e ho iniziato a pormi delle domande come ad esempio se potesse farmi senso il contatto con il vomito altrui" (Marco).

"La prima volta che sono stata a contatto con il corpo di un paziente ero in RSA e dovevo fare l'igiene ad un paziente con demenza che aveva diverse lesioni da decubito e una ferita profonda al pene a causa del catetere e della sua agitazione perché cercava di toglierselo. Queste condizioni del suo corpo mi hanno spaventato e ho provato molto imbarazzo, dispiacere e senso di impotenza davanti la malattia" (Roberta).

3) Disagio nell'invadere

L'invasione dell'intimità è risultata essere la principale paura degli studenti di Infermeristica nell'approcciarsi al corpo poiché, per molti di loro, il primo vero contatto con il corpo del malato è avvenuto in occasione delle cure igieniche.

"Il mio primo contatto con il corpo del malato è stato nel momento dell'igiene, sono entrato in questa stanza dove si trovava una paziente femmina di 60 anni, aveva bisogno di essere lavata e cambiata. Mi ricordo che è stato molto imbarazzante perché non è una cosa che viene spontanea andare ed invadere

l'intimità di una donna senza chiedere il permesso e il consenso" (Davide).

"Il mio primo contatto è avvenuto durante il mio primo tirocinio in medicina con una persona parecchio anziana, non mi ero mai trovata in una situazione del genere in quanto non avevo mai invaso così l'intimità di una persona e quindi mi sentivo un po' preoccupata e impaurita. Ho provato un po' d'insicurezza perché sapevo come fare (per via dei vari laboratori in cui si apprendono le tecniche all'università) ma mi sentivo proprio a disagio non avendo mai avuto una vicinanza così stretta con una persona nel suo intimo.... è stato difficile." (Eleonora).

Le testimonianze di alcuni studenti intervistati riportano dunque la sensazione di disagio, timore e imbarazzo nel toccare un corpo nudo e nelle sue parti più intime. Tali sensazioni, man mano che lo studente acquisisce esperienza nel prestare assistenza, svaniscono con il rischio però che l'atto in sé diventi una procedura meccanica e non più un gesto di cura.

"Il mio primo contatto con un corpo malato è stato per un'igiene intima ad una persona di sesso maschile. Abbiamo dovuto lavarlo completamente ed è stata una delle cose più difficili da affrontare. L'imbarazzo di dover toccare una persona estranea nelle sue zone intime mi ha fatto sentire molto a disagio inoltre mi sentivo osservata dal paziente e tutta la situazione mi sembrava completamente assurda, quasi sicura che l'imbarazzo e la tensione non mi abbiano fatto eseguire correttamente quella mia prima tecnica infermieristica, ma davvero toccare un corpo estraneo così intimamente mi ha messo una pressione molto elevata, e mi ha fatto sentire di

troppo in quella stanza... io mi immedesimavo in quel paziente... e ho pensato che mai vorrei che qualcuno che non conosco venisse a lavarmi..." (Anna).

4) I diversi significati del toccare

Toccare è il primo modo per esprimere compassione ed entrare in relazione con la persona assistita. Una parte fondamentale del dialogo che il corpo instaura con il mondo e che si esplica attraverso il gesto. Tutti gli intervistati hanno associato il tocco al miglioramento del benessere della persona assistita.

"...Lì mi sono resa conto di quanto fosse importante avere il contatto con una persona, soprattutto malata, per riuscire in qualche modo a rassicurarla e far sentire la mia presenza e il mio aiuto. Anche solo stringendoli la mano o poggiando la mano sulla spalla. Anche se si è un po' offuscati dal dolore, secondo me una persona che ti stringe la mano quando ha tanto dolore inconsciamente percepisce un senso di sollievo e sostegno" (Giulia).

Ciò che emerge da questi frammenti di interviste è dunque l'importanza per gli studenti di comunicare ed esprimere vicinanza attraverso il tocco, modulandolo con dolcezza e attenzione oppure utilizzandolo come mezzo per entrare in relazione: si pensi ad esempio al significato che può avere per l'assistito una carezza o l'appoggio della mano sulla sua spalla.

“Ho cercato di tenere come riferimento quello che stato detto nelle lezioni e nei laboratori all'università e quindi di entrare in contatto con la persona sia nei momenti tecnico pratici dell'assistenza, sia durante i momenti relazionali, per capire a fondo quali sensazioni si possono provare nel toccare e nell'essere toccati ...oppure l'importanza di tenere la mano o anche solo accarezzare la persona per dare conforto” (Marianella).

Alla prima esperienza di tocco gli studenti avvertono però anche paura di fare male, soprattutto per quanto concerne le prassi pratico-assistenziali, l'imbarazzo nell'entrare in contatto in maniera così ravvicinata con una persona estranea o il timore di essere invadenti.

L'effetto del tocco può essere recepito dall'assistito sia in maniera positiva che negativa: per quanto concerne il primo aspetto, il tocco può comunicare empatia, promuovere il comfort fisico ed emotivo e creare un legame tra *caregiver* e paziente, mentre può essere avvertito in maniera negativa qualora risulti essere vissuto come una aggressione fisica e psicologica, o come l'intrusione del proprio spazio intimo o ancora come dimostrazione di controllo e potere e quindi essere associato ad un abuso.

“All'inizio avevo il timore di toccare il corpo del paziente, ma giustamente col passare dei giorni ho scoperto che con il rispetto del suo consenso, della sua dignità, dei suoi tempi ma anche cercando di

non essere invadente, ho notato che la paura che provavo stava andando via per lasciare spazio alla tranquillità e al senso di soddisfazione.” (Laura).

5) La comunicazione oltre la parola

Dalle interviste è emersa l'importanza del comunicare con l'assistito, che risulta utile sia per affrontare i momenti d'imbarazzo e di disagio reciproci, ma soprattutto per ridurre la sua paura e l'ansia poiché, informandolo sull'azione che si sta per svolgere lo si aiuta a tranquillizzarsi. La comunicazione infatti è un elemento primario nella presa in carico dell'assistito ed influenza i risultati dell'assistenza e le relazioni tra professionisti, pazienti e famiglie.

“[...] Ho realizzato in seguito che parlare al paziente può diminuire l'imbarazzo e l'ansia. Facendo così un lavoro migliore” (Anna).

“Sicuramente anche la mia disponibilità e il mio atteggiamento nell'avvicinarmi a lei con una voce rassicurante ed un sguardo dolce è stato utile per farle capire o trasmettere l'informazione giusta senza usare troppi termini scientifici” (Davide).

Dopo quello di sopravvivere, il bisogno umano più fondamentale è forse quello di comunicare con gli altri. La comunicazione dà alla persona un senso di sicurezza rinforzando la sua percezione di non essere sola e di avere qualcuno che l'ascolta.

Tuttavia, non solo le parole ma anche il loro opposto, cioè il silenzio, può diventare un

mezzo di comunicazione, come afferma uno studente:

"Sono riuscita con il silenzio a fargli capire che io ero lì per lui, per aiutarlo, facendo il mio lavoro con professionalità, con questo atteggiamento, con lo sguardo e con i gesti ho dato a questo signore la sicurezza, l'appoggio, l'ascolto e il conforto perché mi resi conto che aveva bisogno di essere compreso anche psicologicamente."

Gli studenti hanno riferito l'importanza dell'uso del sorriso all'interno della comunicazione e della relazione con la persona assistita perché è stato identificato come un valido strumento di aiuto, in quanto permette di alleggerire le situazioni difficili, dare sollievo e far stare meglio le persone malate in qualsiasi contesto.

"Questo contatto ha rivestito per me un grande significato è stato come entrare nella sfera intima di una persona: ho sempre cercato di entrarci in punta di piedi, non solo fisicamente, nell'eseguire una tecnica ma anche con lo spirito, donando un semplice sorriso" (Giulia).

"Quando mi sono avvicinata a lui mi è venuto spontaneo appoggiare la mano sulla sua spalla sorridendo dolcemente" (Roberta).

6) Il corpo come anima incarnata

Molti intervistati hanno identificato il corpo come una dimensione fisica che funge da tramite tra la sfera emozionale privata e il mondo esterno.

"Ho sempre pensato che il corpo fosse una "cosa" privata e a cui non possono accedere tutti. Il corpo lo vedo come un libro, la parte esterna è la copertina, su cui possiamo vedere dei segni, ma solo aprendo il libro possiamo vederne realmente la storia e il vissuto. Io vedo il corpo come la copertina di tutta la nostra storia, ma non ha tutti diamo la possibilità di leggerla" (Anna).

Il corpo è il confine, il limite tra qualcosa di interno ed il mondo esterno, ci permette di vivere emozioni, esprimere sensazioni, di comunicare e di interagire e che non è solo un insieme di organi.

"Prima il corpo è un'idea nebulosa, dopo una foresta piena da insidie ma al tempo stesso piena di belle immagini a colori, suoni armoniosi e profumi intensi nei quali un esploratore cerca di districarsi con l'aiuto di una bussola" (Paola).

"Prima un'idea del corpo abbastanza stilizzata "oggetto" ma dopo corpo e anima" (Eleonora).

Tabella 2. Temi e categorie di significato.

TEMI	Categorie di significati
<i>1. Paura e imbarazzo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Differenza di sesso - Differenza di età - immedesimazione
<i>2. La deformazione patologica del corpo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lesioni da decubito o vascolari - tracheostomia, stomie - PEG- catetere vescicale
<i>3. Disagio dell'invadere</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Cure igiene intime - Dalla simulazione alla realtà - Sentirsi osservati
<i>4. I diversi significati del toccare</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Portare sollievo - Dare conforto - Dare sicurezza
<i>5. La comunicazione oltre la parola</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Lo sguardo - Il sorriso - Le mani
<i>6. Il corpo come anima incarnata</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Fisico - Anima - Emozione - Cure del corpo come cure dell'anima

DISCUSSIONE

Dai risultati emerge da parte degli studenti la complessità dell'entrare in contatto, sia fisico che relazionale con persone spesso più adulte rispetto a loro. Immedesimandosi nei panni della persona assistita avvertono inoltre la difficoltà che quest'ultimo può provare nel mettersi a nudo e affidarsi alle cure di una persona estranea, e la sensazione di tensione e imbarazzo reciproco tende ad aumentare, soprattutto nei casi in cui la differenza di età anagrafica tra tirocinante e paziente sia essere pari a quella che intercorre tra genitore e figlio (dos Santos et al. 2010). O'Lynn (2011) indaga il punto di vista degli assistiti in merito alle

preferenze e alle modalità in cui vorrebbero essere toccati dagli operatori sanitari, offrendo importanti spunti di riflessione. Dallo studio emerge che in merito alla tematica del rapporto tra età, genere e contatto intimo all'interno della relazione infermiere-paziente, sia gli infermieri maschi che femmine, hanno dichiarato di sentirsi a disagio nel fornire l'igiene intima ai pazienti di sesso opposto al loro e coetanei. La sessualità e le differenze di genere caratterizzano tutte le relazioni umane, in quanto relazioni "incorpate" e, a maggior ragione, le relazioni d'aiuto, sia per quanto riguarda l'operatore che la persona assistita (Gregorino 2013) Riflettere sul corpo significa

confrontarsi non solo con gli aspetti espliciti e latenti che entrano in gioco con il corpo dell'altro, ma anche con il nostro corpo, con le nostre precomprensioni su esso, le nostre paure, le vergogne, l'inevitabile senso di impotenza di fronte alla finitudine che ogni corpo, primo fra tutti il nostro, ci impone. (Montagna 2004) Ratcliffe & Smith (2011), affermano che gli studenti partecipanti allo studio hanno riconosciuto l'uso dei guanti come una barriera sessuale: ad esempio uno di loro di sesso maschile, ritiene che indossare i guanti gli fornisca una barriera quando entra in contatto con la pelle femminile. Alcune ricerche evidenziano che le donne affrontano in modo diverso dagli uomini l'esperienza di malattia anche a parità di condizioni cliniche e che, al contempo, essi hanno un modo diverso di assistere (Popay & Groves 2000). In un'ottica sociale l'assistenza e la cura vengono generalmente considerate "femminili": è opinione diffusa, sia maschile che femminile, che la principale responsabilità delle donne sia quella di fornire nutrimento, assistenza ed educazione. Di qui l'idea di un agire infermieristico o educativo come prassi tipicamente femminile (Zannini 2004; Gray 2010). Tale concetto viene ribadito da Meerabeau (2004) che sottolinea come in passato e purtroppo tutt'ora in Inghilterra, la professione infermieristica sia strettamente legata al concetto di genere,

in quanto è opinione diffusa che la donna sembri essere quella "naturalmente predisposta" a svolgere compiti connessi alla cura del corpo. Un altro elemento di ostacolo che subentra nel momento del primo incontro con il corpo altrui è l'entrare in contatto con un corpo visibilmente alterato dalla malattia. L'impatto visivo con tracheotomie, lesioni da decubito, amputazioni, lesioni vascolari, PEG, stomie intestinali e più in generale con liquidi e materiale biologico del paziente, richiede appunto da parte dell'operatore sanitario il coinvolgimento di diversi organi di senso, la vista in primis, ma anche l'olfatto e il tatto. Una delle principali circostanze umane in cui si percepisce forte l'idea di alterazione della corporeità avviene proprio attraverso l'esperienza della malattia. Per chi si occupa di cura, quindi, l'esperienza quotidiana con corpi vissuti, corpi belli, corpi mutilati, corpi differenti, corpi trasgressivi, rappresenta l'occasione per attivare una relazione di vicinanza o lontananza con gli assistiti. Significa riflettere e ricostruire una relazione fra un corpo altrui ed il proprio, dove insieme si possano ricomporre sensazioni, timori, diffidenze, paure (Masera & Poli 2007). Il contatto con il corpo del malato dunque può provocare dolore, inquietudine, compassione ed a volte ripugnanza. Picco et al. (2010) riporta infatti il disagio emotivo o fisico di alcuni infermieri nell'entrare in contatto con

vomito, secrezioni o odori dei pazienti. L'esposizione del corpo altrui dunque non è sempre gradevole ai sensi, ma è opportuno ricordare che dietro alla carne di questi corpi feriti esistono persone con la loro storia di vita e di malattia. Nel primo tirocinio gli studenti intervistati dichiarano di imparare a superare le proprie paure ed a mettersi professionalmente in gioco, sperimentando per la prima volta ed in prima persona pratiche che la maggior parte delle persone potrebbero considerare "sporche" o "sgradevoli". La prima sensazione che essi avvertono nei confronti dell'alterità del corpo è la paura. I tirocinanti alle loro prime esperienze hanno il timore di toccare parti del corpo che sono visibilmente alterate dalla malattia e il cui odore è spesso sgradevole e pungente, hanno paura di contaminarsi e contrarre infezioni con i liquidi e materiale biologico del paziente, paura che spesso si cela dietro all'uso sproporzionato che gli studenti fanno dei guanti monouso. Radcliffe (2014) riporta da parte di alcuni studenti infermieri un'avversione al toccare la pelle sudata, gli abiti e gli indumenti intimi indossati dal paziente. Di fronte a situazioni che possono provocare una sensazione di nausea o ripugnanza i tirocinanti così come gli infermieri di ruolo, reagiscono in maniera diversa attuando strategie e meccanismi di difesa: c'è chi cerca di evitare di imbattersi in certe situazioni e chi invece

le affronta chiedendo l'aiuto e il supporto di un collega (Picco et al. 2010). Si evidenzia come stress, ansia e insicurezza accompagnano il tirocinante del primo anno di Infermieristica, sia per il timore di non essere accettato dal paziente, sia per la mancanza di conoscenze teoriche e di strategie comunicative. (Sharif & Masoumi, 2005) Spesso un modo empatico per esprimere vicinanza al paziente è stato per gli studenti il ricorso al tocco. Dall'analisi delle interviste emerge infatti che per entrare in relazione con l'assistito gli studenti si sono avvicinati ad esso in punta di piedi e hanno cercato un contatto fisico anche solo stringendo la mano o regalando una carezza per esprimere la loro presenza ed il loro sostegno. Per quanto concerne il toccare gli studenti hanno imparato a distinguere due diversi tipi di tocco, quello appunto relazionale sopracitato, e quello gestuale che invece è necessario all'interno della pratica infermieristica assistenziale al letto del paziente (Zannini 2004). Vari studi che analizzano e teorizzano le dimensioni del tocco insistono sulla doppia dimensione dello stesso distinguendo un tocco necessario, inteso come contatto fisico intenzionale ad un certo compito o procedura, ed un tocco non necessario, inteso come tocco spontaneo e affettivo non strettamente necessario all'esecuzione di un intervento assistenziale (Routasalo 1996).

CONCLUSIONE

Dallo studio si evince la difficoltà e il disagio che gli studenti infermieri provano nel toccare il corpo dell'assistito principalmente per due motivi: il primo sembra essere riconducibile alla paura di invadere la sua privacy e la sua intimità, specie se il paziente che si assiste è di sesso opposto a quello del tirocinante. Il secondo riguarda la consapevolezza degli studenti, specialmente nel primo anno di corso, della propria mancanza di competenze, conoscenze e strategie comunicative efficaci, da cui origina la paura di sbagliare, di nuocere, di non saper eseguire correttamente una procedura o ancora, il disagio di non sapere come comunicare efficacemente con l'assistito e come accogliere i suoi bisogni relazionali. I timori dello studente in relazione al primo contatto con il corpo dell'assistito sono dovuti alla percezione di scarsa preparazione ad affrontare queste situazioni, anche se alcuni sottolineano l'importanza della formazione ricevuta nei laboratori e nei percorsi di preparazione al tirocinio. Gli studenti non si reputano infatti capaci di gestire il disagio, l'imbarazzo e le difficoltà che subentrano nel momento in cui toccano per la prima volta il corpo altrui segnato dalla malattia. Gli studenti di infermieristica manifestano difficoltà nell'entrare in contatto diretto con il corpo dell'assistito, talvolta per pudore, talvolta per paura di fare male o

recar danno e talvolta ancora per timore di entrare in contatto con organi sessuali e materiale biologico altrui. Gli studenti che hanno riportato tali difficoltà hanno affermato di aver imparato con il tempo, nell'arco del triennio e delle diverse esperienze di tirocinio, a superare queste paure ed a toccare la persona nel modo più appropriato possibile. I risultati invitano a rafforzare la consapevolezza del "potere" che la formazione ha rispetto alla cura del corpo e conseguentemente che la cura del corpo ha nella cura relazioni. Dai risultati emerge la necessità di realizzare nei percorsi formativi seminari sulla corporeità e sulla cura del corpo nudo e di formare i tutor clinici alla riflessività e alla elaborazione dei vissuti dello studente rispetto alla corporeità (dos Santos et al. 2010). Per poter meglio comprendere e dare risposta a queste paure e difficoltà che gli studenti riscontrano, un ruolo chiave è quello del tutor clinico e degli infermieri affiancatori, nei reparti sede di tirocinio. Nei reparti infatti ogni tutor clinico funge da guida e da mentore per gli studenti durante il loro percorso formativo clinico, è suo compito infatti, introdurre lo studente alla pratica assistenziale, individuare i suoi punti di forza e di debolezza, capire quali siano i suoi obiettivi formativi, discutere con lui i bisogni assistenziali e gli interventi da attuare al letto del paziente, guidarlo nelle tecniche e nella relazione con

l'assistito. Una valida strategia per agevolare l'impatto dello studente con la realtà di reparto è il ruolo dello studente del terzo anno: il *peer mentoring*, ovvero l'insegnamento tra pari: avere un punto di riferimento di chi vive lo stesso ruolo di studente permette di ottenere un supporto nell'affrontare le problematiche che si presentano negli stage, e lo scambio di suggerimenti, informazioni e conoscenze tra i due studenti risulta dunque essere svincolato dall'ansia del giudizio e della valutazione. La sede di Infermieristica di Torino, cui appartengono gli studenti di questo studio, recentemente ha applicato tale strategia nei reparti, riscontrando un *feedback* positivo sia da parte degli studenti del primo anno che vengono seguiti, sia dagli studenti del terzo che vestendo i panni del mentore, sperimentano per la prima volta l'esperienza dell'affiancare un compagno di studi. Poiché dall'analisi dei dati emerge una forte incidenza del ruolo che riveste la sessualità nel rapporto infermiere-paziente sarebbe utile analizzare in modo più approfondito quanto incida nella relazione il genere dell'operatore e il suo orientamento sessuale e come viene vissuto il momento del contatto intimo a seconda che esso provenga da un infermiere uomo o donna, omosessuale o eterosessuale. Valorizzare il corpo nella sua totalità e complessa problematicità richiede lo sviluppo di competenze

in grado di creare una condivisione dell'intimità, che ci porta anche ad una relazione più "intima" con noi stessi, conducendoci a vivere la cura come occasione formativa.

BIBLIOGRAFIA

- Coxeter P. et al. (2015). Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Hoffmann TC, ed. *Cochrane database Syst Rev*;11(11): CD010907.
- Adou I. Le Bohec E. (2007) *Le langage du corps*. Soins Psychiatrie, 252 : 32-35.
- Atkinson R. (2002) *L'intervista narrativa*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Argyle M. Alkema F. Gilmour R. (1971) The communication of friendly and hostile attitudes by verbal and non-verbal signals, *European Journal of Social Psychology*, 1,(3):385-402.
- Chad O'Lynn, Krautscheid L. (2011) How Should I Touch You?: A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care, *AJN*, 111, (3) : 24-30.
- dos Santos RM, Viana IR, da Silva JR, Trezza MC, Leite JL. (2010) A enfermeira e a nudez do paciente [The nurse and patient's nudity]. *La Revista Brasileira de Enfermería*, 63(6):877-86. doi: 10.1590/s003471672010000600002.

- Fantauzzi A. (a cura di) (2014) *Di corpo in corpo. Etnografie tra cura e assistenza infermieristica*. Ambrosiana Editrice, Milano.
- Galimberti U. (1987) *Il corpo*. Feltrinelli Editore, Milano (ristampa 14° edizione 2005).
- Gargano A. Garrino L. Lombardo S. (2002) Le immagini della formazione: narrazioni sull'apprendimento, *Tutor*, 3:124-129.
- Giorda M. (2015) Il corpo: significati culturali e religiosi Intervista ad Annamaria Fantauzzi <http://idr.seieditrice.com/interviste/intervista/il-corpo-significati-culturali-e-religiosi/> ultima consultazione 15 Novembre 2020.
- Giorgi AP, Giorgi B. (2008), *Phenomenological psychology*. The Sage handbook of qualitative research in psychology.
- Gray B. (2010) Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. *Journal of Gender Studies*, 19(4):349-360, doi: 10.1080/09589236.2010.514207.
- Gregorino S. (2013) Pratiche di cura: il corpo nell'esperienza infermieristica, *Paideutika*, 18:101-122.
- Iavarone ML. (2011) *Abitare la corporeità*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Marchetti A, Piredda M, De Marinis MG. (2016) Centrality of Body and Embodiment in Nursing Care: A Scoping Study of the Italian Literature. *Journal of Nursing Scholarship* 48(1):31-8. doi: 10.1111/jnu.12178.
- Marchetti A, Piredda M. Facchinetti G, Virgolesi M. Garrino L. Dimonte V, De Marinis MG. (2016) Nurses' Experience of Body Nursing Care: A Qualitative Study. *Holistic Nursing Practice*, 33(2):80-89. doi: 10.1097/HNP.0000000000000314.
- Masera G., Poli N. (2007) *Vicinanza e lontananza attraverso i gesti di cura*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Meerabeau E. (2004) Be good, sweet maid, and let who can be clever: a counter reformation in English nursing education? *International Journal of Nursing Studies*, 41: 285-292.
- Mencattelli F. Galletti C. Cristofori E. Poddighe P. Rega M.L. (2012) L'importanza del corpo nelle cure infermieristiche: un contributo dalla letteratura *Medicina e Morale*, 61(1).
<https://doi.org/10.4081/mem.2012.147>.
- Merleau-Ponty M. (1972) *Phénoménologie de la perception*. Trad it. (2003)

- Fenomenologia della percezione*. Bompiani, Milano.
- Montagna L. (2004) *Il significato del corpo nella salute e nell'esperienza di malattia*. In Zannini L. (a cura di) *Il corpo paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Franco Angeli, Milano.
- Ostaseski F. (2006) *Saper accompagnare – aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte*. Mondadori Editore, Milano.
- Palese A. *L'intimità nell'assistenza infermieristica*. In Zannini L. (a cura di) *Il corpo paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Franco Angeli, Milano.
- Picco E., Santoro R., Garrino L. (2010) Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice, *Nursing Inquiry*, 17 (1):39-46.
- Pizza G. (2005) *Antropologia medica*, Carrocci Editore, Roma.
- Popay J., Groves K. (2000) Narrative in research on gender inequalities in health, in Annandala E, Hunt K. Gender inequalities in health, Open University Press, Buckingham.
- Ratcliffe S. Smith J. (2014) Factors influencing glove use in student nurses, *Nursing Times*, 110(49):18-21.
- Routasalo P. (1996) Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 904-911.
- Sharif F. Masoumi S. (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice, *BMC Nursing*, 9:4-6. doi: 10.1186/1472-6955-4-6.
- Touzet P. (2007) Du corps soignant au corps soigné, *Soins Psychiatrie*, 252:39-41. doi: SPSY-10-2007-00-252-0241-6972-101019-200600177.
- Zannini L. (2004) *Il corpo-paziente: da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*, Franco Angeli Editore, Milano.